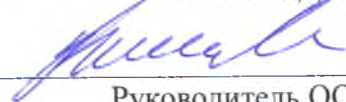


1

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ



Руководитель ООП  
по программе ординатуры  
31.08.56 Нейрохирургия  
д.м.н., профессор Балязин В.А.  
«24» 08 20 18г.

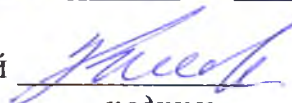
**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
высшего образования  
подготовки кадров высшей квалификации  
по программе ординатуры 31.08.56 Нейрохирургия  
(квалификация врач-нейрохирург)**

**Ростов-на-Дону  
2018г.**

Рабочая программа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.56 Нейрохирургия рассмотрена на заседании кафедры «Нервных болезней и нейрохирургии»

Протокол от 04.06.18 № 13/17-18

Зав. кафедрой

  
подпись

Балашов В.А.  
Ф.И.О.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ**

**3.1 Область профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

**3.2 Объектами профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

**3.3 Виды профессиональной деятельности**, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая

**3.4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:**

### **профилактическая деятельность:**

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

#### **диагностическая деятельность:**

- ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения прapedевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;
- ✓ проведение медицинской экспертизы;

#### **лечебная деятельность:**

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;
- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

#### **реабилитационная деятельность:**

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

#### **психолого-педагогическая деятельность:**

- ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

#### **организационно-управленческая деятельность**

- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;

- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

## ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

*Универсальные компетенции (УК-):* УК1, УК2, УК3

*Профессиональные компетенции (ПК-):* ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12.

### ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

*Цель:* установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры **31.08.56**

#### **Нейрохирургия**

*Задачи:* Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

### ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры **31.08.56 Нейрохирургия** осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-нейрохирурга в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

*Целью ГИА* является установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО.

*Задачи ГИА:* проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности **31.08.56 Нейрохирургия** проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры **31.08.56 Нейрохирургия**.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего

образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры **31.08.56**  
**Нейрохирургия**

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

1. Строение костей черепа и оболочек мозга.
2. Кровоснабжение головного мозга.
3. Ствол мозга. Синдромы поражения Альтернирующие синдромы.
4. Зрительный анализатор. Симптомы поражения.
5. Обонятельный анализатор. Признаки поражения.
6. Симптомы поражения глазодвигательных нервов на различных уровнях.
7. Симптомы поражения тройничного нерва на различных уровнях
8. Симптомокомплекс поражения лицевого нерва.
9. Симптомы поражения вестибулокохлеарного нерва на различных уровнях
10. Симптомы поражения блуждающего и языкоглоточного нервов.
11. Мосто-мозжечковый угол Синдром полного и частичного поражения
12. Каудальная группа ЧМН. Бульбарный и псевдобульбарный синдром.
13. Мозжечок. Статическая и динамическая атаксия.
14. Симптомокомплексы поражения лобной доли
15. Симптомокомплексы поражения теменной доли
16. Симптомокомплексы поражения височной доли
17. Симптомокомплексы поражения затылочной доли
18. Симптомокомплексы поражения зрительного бугра
19. Симптомокомплексы поражения стриопаллидарной системы
20. Симптомокомплексы поражения внутренней капсулы
21. Дифференциальная диагностика двигательных и чувствительных и зрительных нарушений с учетом уровня поражения (коры, белого вещества, внутренней капсулы, подкорковых структур)
22. Неврологические синдромы поражения передней мозговой артерии
23. Неврологические синдромы поражения средней мозговой артерии
24. Неврологические синдромы поражения задней мозговой артерии
25. Неврологические синдромы поражения вертебробазиллярной системы
26. Неврологические синдромы поражения внутренней сонной артерии
27. Топографическая анатомия спинного мозга.
28. Симптомокомплексы поражения спинного мозга на разных уровнях.
29. Определение верхней и нижней границ поражения спинного мозга
30. Кровоснабжение спинного мозга.
31. Ликворная система головного и спинного мозга.
32. Топографическая анатомия сосудов каротидного бассейна.
33. Топографическая анатомия сосудов вертебро-базиллярного бассейна.
34. Венозные синусы головного мозга.
35. Вены головного мозга.

36. Топография плечевого сплетения. Параличи Дюшенна-Эрба и Клюмпке-Дежерина.
37. Топография подкрыльцового и лучевого нервов. Симптомы поражения
38. Топография срединного и локтевого нервов. Симптомы поражения
39. Топография седалищного, больше- и малоберцового нервов. Симптомы поражения
40. Топография бедренного нервов. Симптомы поражения.
41. Поясничное сплетение. Анатомия и признаки поражения.
42. Методика наложения трефинационных отверстий.
43. Техника пункции желудочков мозга и мозжечково-спинномозговой цистерны.
44. Скелетотопические ориентиры для нейрохирургических доступов к различным отделам головного мозга.
45. Схема Кронлейна-Егорова
46. Резекционная трепанация.
47. Костно-пластическая трепанация. Техника выполнения.
48. Хирургические доступы к лобной доле
49. Хирургические доступы к височной доле
50. Хирургические доступы к теменной доле
51. Хирургические доступы к затылочной доле
52. Хирургические доступы к парасагиттальной области
53. Хирургические доступы к хиазмально-селлярной области.
54. Техника разрезов коры и вскрытия желудочков.
55. Техника вскрытия канала зрительного нерва.
56. Оперативные доступы и разрезы мозговой оболочки в области ЗЧЯ
57. Техника операций на мозжечке
58. Оперативный доступ к IV желудочку
59. Микронеурхирургические доступы к базальным цистернам, ЧМН, сосудам.
60. Стереотаксические операции.
61. Оперативные доступы к гассерову узлу и корешку тройничного нерва
62. микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва.
63. Ликворшунтирующие операции.
64. Техника открытых доступов к позвоночному каналу, спинного мозгу и его корешкам (ламинэктомия, геми- и интерламинэктомия, передний доступ)
65. Микрохирургические доступы к супраклиноидной части ВСА
66. Микрохирургические доступы к передней и передне-соединительной артерии
67. Микрохирургические доступы к средней мозговой артерии
68. Микрохирургические доступы к задней мозговой и задней соединительной артериям
69. Микрохирургические доступы к позвоночной и основной артериям
70. Техника клипирования сосудов мозга (конвекситальной, базальной поверхности, в области ЗЧЯ)
71. Оперативные доступы к плечевому сплетению
72. Оперативные доступы к подкрыльцовому нерву
73. Оперативные доступы к лучевому нерву
74. Оперативные доступы к срединному нерву
75. Оперативные доступы к локтевому нерву
76. Оперативные доступы к седалищному нерву и его ветвям
77. Оперативные доступы к бедренному нерву.
78. Техника экстраневрального невролиза и шва нерва.
79. Классификация опухолей головного мозга
80. Дислокационные синдромы при внутричерепной гипертензии
81. Аневризмы.
82. Классификация черепно-мозговых и спинномозговых повреждений
83. Физиология и патология ликворообращения

84. Отек головного мозга (патогенез, классификация, механизмы развития при различных нейрохирургических заболеваниях)
85. Гипертензионный синдром. Клинические и параклинические характеристики.
86. Клиника опухолей лобной доли.
87. Клиника опухолей височной доли.
88. Клиника опухолей \_ теменной доли.
89. Клиника опухолей затылочной доли.
90. Особенности клиники опухолей головного мозга в зависимости от гистологической структуры опухолей.
91. Клиника опухолей боковых желудочков, прозрачной перегородки и подкорковых узлов.
92. Менингиомы ольфакторной ямки. Клиника. Диагностика.
93. Краниоорбитальные менингиомы. Клиника. Диагностика.
94. Менингиомы крыльев основной кости. Клиника. Диагностика.
95. Клиника менингиом в области продольного синуса и серповидного отростка.
96. Характеристика гипертензионно-окклюзионного синдрома при опухолях ЗЧЯ
97. Клиника опухолей IV желудочка.
98. Клиника опухолей ствола мозга.
99. Клиника опухолей мозжечка.
100. Клиника опухолей мосто-мозжечкового угла.
101. Клиника менингиом мозжечкового намета.
102. Метастатические опухоли головного мозга.
103. Клиника. Диагностика.
104. Клиника опухолей гипофиза в зависимости от вариантов роста опухоли
105. Краниофарингиомы. Клиника. Диагностика.
106. Опухоли III желудочка. Клиника. Диагностика.
107. Менингиомы бугорка турецкого седла Клиника в зависимости от стадии опухоли. Диагностика.
108. Глиомы хиазмы и зрительного нерва. Клиника. Диагностика.
109. Опухоли шишковидной железы. Клиника. Диагностика.
110. Хирургическое лечение опухолей головного мозга. показания и противопоказания.
111. Способы снижения внутричерепного давления при операциях по поводу опухолей головного мозга.
112. Методы удаления опухоли головного мозга. Проверка радикальности вмешательства.
113. Показания к одномоментному и двухэтапному удалению опухоли мозга
114. Методика удаления менингиом крыльев клиновидной кости
115. Хирургическое лечение парасагитальных менингиом и менингиом серповидного отростка
116. Виды трепанации черепа.
117. Хирургическое лечение краниоорбитальных менингиом
118. Хирургическое лечение опухолей мозжечка и IV желудочка.
119. Хирургическое лечение невриноме VIII нерва. Показания к тотальному и интракапсулярному удалению опухоли.
120. Принципы хирургического вмешательства при опухолях хиазмально-селлярной области.
121. Методы оперативных вмешательств при опухолях шишковидной железы. Показания, противопоказания.
122. Послеоперационная терапия опухолей головного мозга. Борьба с осложнениями.



123. Классификация опухолей спинного мозга и их клиническая характеристика.
124. Клинические симптомы поражения спинного мозга по длиннику при опухолях спинного мозга.
125. Симптомы поражения спинного мозга в зависимости расположения опухоли к его поперечнику.
126. Опухоли плечевого сплетения и периферических нервов.
127. Методы нейровизуализации при опухолях спинного мозга и их интерпретация.
128. Оптикохиазмальный арахноидит. Клиника. Диагностика. Показания к хирургическому лечению
129. Арахноидит ЗЧЯ. с окклюзией ликворных путей и ММУ.
130. Методы хирургических вмешательств при арахноидитах ЗЧЯ.
131. Цистицеркоз головного мозга (больших полушарий, IV желудочка, основания мозга). Клиника. Диагностика. Лечение.
132. Эхинококкоз головного мозга. (пузырчатая, альвеолярные формы). Клиника. Диагностика. Лечение.
133. Аневризмы. Классификация. Клиника (геморрагический и догеморрагический период).
134. Артериовенозные мальформации. Клиника в различные периоды. Диагностика.
135. Артериосинусные соустья. Клинические признаки шунтирования. Вторичные симптомы.
136. Кровоизлияние в мозг. Клиника. Диагностика. Лечение.
137. Ишемические инсульты. Классификация. Клиника в зависимости от типа инфаркта мозга.
138. Ишемические инсульты. Диагностика. Лечение.
139. Патология магистральных артерий головы и шеи. Клиника. Диагностика. Лечение.
140. Хирургия аневризм. Показания, противопоказания. Хирургические доступы.
141. Профилактика и борьба с ангиоспазмом при разрыве аневризм. и после клипирования аневризмы.
142. Варианты лечения артерио-венозных мальформаций.
143. Хирургия артерио-синусных соустьев. Показания, противопоказания. Методы лечения.
144. Хирургическое лечение геморрагических инсультов. Показания, противопоказания, сроки вмешательства, методики .
145. Методика вмешательств при патологии магистральных артерий головы и шеи.
146. Ведение больных с церебро-васкулярной патологией в после-операционном периоде
147. Клиническая классификация черепно-мозговой травмы.
148. Периоды клинического течения черепно-мозговой травмы с патофизиологическими характеристиками.
149. Классификация ран мягких тканей головы.
150. Клиника сотрясения головного мозга.
151. Ушиб головного мозга. Клиника в зависимости от локализации ушиба. Клинико-морфологические критерии диагноза.
152. Диффузное аксональное повреждение . головного мозга. Клиника Диагностика.
153. Закрытые и открытые перелома свода черепа. Виды. Диагностика. Лечение.
154. Переломы основания черепа. Клиника. Диагностика. Лечение.
155. Травматические субарахноидальные кровоизлияния. Диагностика. Лечение.
156. Эпидуральные травматические гематомы. Особенности клинического течения (артериального, венозного генеза). Диагностика. Лечение
157. Субдуральные гематомы. Особенности клинического течения в зависимости от источников кровотечения. Лечение.
158. Внутримозговые травматические гематомы. Клиника гематом и их прорыва в желудочки мозга. Лечение.

159. Внутрижелудочковые травматические гематомы. Клиника (характеристика сознания, общемозговые симптомы, симптомы поражения дна III-IV желудочков, горметония).
160. Нарушения ликвородинамики в остром периоде ЧМТ.
161. Открытая огнестрельная травма мирного и военного времени. Классификация. Клиника. Осложнения.
162. ЧМТ при алкогольной интоксикации. Общие принципы диагностики.
163. Лечение травматических повреждений черепа и мозга и алкогольной интоксикации.
164. РКТ-диагностика черепно-мозговой травмы.
165. Травматическая ликворея. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
166. Последствия черепно-мозговой травмы. Классификация.
167. Посттравматический арахноидит (конвекситальный, оптико-хиазмальный, ЗЧЯ). Клиника. Диагностика. Лечение.
168. Инфекционно-воспалительные осложнения ЧМТ. Клиника. Диагностика. Лечение.
169. Принципы интенсивной терапии при тяжелой ЧМТ
170. Классификация травмы позвоночника и спинного мозга. Клиника. Диагностика
171. Классификация огнестрельных и колото-резаных ранений позвоночника и спинного мозга.
172. Клинические формы травматических поражений спинного мозга.
173. Клиника травматических повреждений спинного мозга и позвоночника по их длине. Уточнение протяженности очага поражения спинного мозга.
174. Инфекционно-воспалительные осложнения позвоночно-спинномозговой травмы. Клиника. Диагностика. Лечение.
175. Особенности клинической картины спинномозговой травмы при алкогольной интоксикации. Диагностика. Лечение.
176. Классификация травмы периферической нервной системы. общая симптоматика. Диагностика.
177. Критерии оценки тяжести состояния при ЧМТ.
178. Неотложная помощь при ЧМТ. Медикаментозная терапия.
179. Критерии оценки состояния сознания и их клинические характеристики.
180. Особенности оказания неотложной помощи при травме шейного отдела позвоночника.
181. Псевдопаралитический синдром и тазовые нарушения при поражении грудного отдела позвоночника.
182. Оказание неотложной помощи при открытой и огнестрельной травме позвоночника.
183. Хирургическая тактика при ранениях покровов черепа, при линейных и вдавленных переломах костей черепа. Показания и сроки оперативных вмешательств. Хирургическое лечение оскольчатых переломов (при тяжелом и легком состояниях больных).
184. Оперативные вмешательства при переломах основания черепа
185. Принципы хирургической обработки огнестрельных проникающих ранений черепа.
186. Показания для резекционной и костно-пластической трепанации при парабазальных травматических поражениях мозга
187. Хирургическое лечение эпидуральных гематом. Выбор вида трепанации. Показания к вскрытию твердой мозговой оболочки.
188. Хирургическое лечение субдуральных гематом. Варианты трепанации. Способы эвакуации гематом.
189. Удаление внутримозговых и внутрижелудочковых гематом. Способы. Показания к дренажу желудочковой системы и декомпрессивной трепанации.
190. Хирургическое лечение контузионных очагов головного мозга
191. Пластика посттравматических дефектов костей черепа и твердой мозговой оболочки
192. Хирургическое лечение посттравматических абсцессов головного мозга. Методы лечения.

193. Хирургическое лечение закрытых повреждений позвоночника и спинного мозга. Показания и противопоказания к ранней ламинэтомии.
194. Показания и противопоказания к оперативному лечению травматических повреждений плечевого сплетения и периферических нервных стволов. Оперативные доступы.
195. Морфологическая сущность остеохондроза позвоночника. Патогенез, патогенетическая классификация.
196. Клиника поясничного остеохондроза. (рефлекторно-болевые, компрессионные процессы.)
197. Клиника шейного остеохондроза. (Компрессионные корешковые синдромы. Цервикальная миелопатия.. Синдром позвоночной артерии.)
198. Дифференциальный диагноз вертебральной миелопатии с внутримозжовыми новообразованиями, дегенеративными заболеваниями спинного мозга, воспалительными заболеваниями позвоночника.
199. Хирургические методы лечения остеохондроза позвоночника.
200. Эпилепсия. Классификация. Эписиндром при опухолях головного мозга.
201. Особенности эписиндрома при менингиомах, глиомах, метастатических поражениях мозга, воспалительных, сосудистых и паразитарных заболеваниях мозга.
202. Особенности посттравматического эписиндрома и при острой и хронической алкогольной интоксикации.
203. Клиника эписиндрома. Лечение.
204. Консервативное лечение эпилепсии.
205. Варианты хирургического лечения эпилепсии. Показания к операции.
206. Методы получения спинномозговой жидкости: Lp, Zp, Vp. Показания, противопоказания, диагностическое и лечебное значение. Патологические типы изменения спинномозговой жидкости и их диагностическое значение.
207. Дислокационные синдромы при опухолях головного мозга. Критерии диагностики. Тактика ведения больного.

## ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Больной К., 46 лет обратился в клинику нейрохирургии спустя 16 часов после травмы (избит неизвестными). В момент получения травмы терял сознание на 3-5 минут. При поступлении жалобы на головную боль, тошноту. Объективно: кровоподтеки лица. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкокороткоамплитудный нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центральному типу справа, легкая правосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и менингеальных знаков нет.

Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

**Ответ:** Закрытая травма черепа с ушибом головного мозга легкой степени тяжести.

Рентгенография черепа, СКТ, МРТ

Лечение консервативное.

2. Больной М., 35 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 2 часа после травмы (упал с лестницы, ударился головой о ступеньку, кратковременно терял сознание). При поступлении жалобы на головную боль, тошноту, наличие раны на голове. Объективно: В

теменной области имеется кожно-апоневротическая рана размерами 6x2 см, дном раны является неповрежденная надкостница. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкоразмашистый нистагм при взгляде в стороны. парез лицевого нерва по центральному типу слева, легкая левосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

**Ответ:** Открытая травма черепа с наличием кожно-апоневротической раны теменной области, ушиб головного мозга.

Рентгенография черепа, люмбальная пункция, СКТ, МРТ

Первичная хирургическая обработка раны, консервативное лечение.

3. Больной Л., 56 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 3 часа после травмы (упал с высоты 3-го этажа). При поступлении: сознание угнетено до сопора, адекватному речевому контакту недоступен. Зрачки одинаковые, фотореакция сохранена, легкий правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками, выраженный менингеальный синдром. На рентгенограммах черепа определяется линейный перелом левой теменной кости. При ЭхоЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено. При люмбальной пункции получен ликвор интенсивно окрашенный кровью, давление 240 мм водн.ст. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

**Ответ:** Закрытая травма черепа с переломом левой теменной кости, ушиб головного мозга, субарахноидальная геморрагия.

Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ).

Лечение консервативное.

4. Больной Ж., 40 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 3 часа после травмы (автомобильная авария). При поступлении: сознание угнетено до комы 1, движения в конечностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение, речевому контакту недоступен. Объективно: массивное осаднение лица, «симптом очков», назогемаликворея.

Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

**Ответ:** Открытая проникающая травма черепа с переломом костей основания в передней черепной ямке, назоликворея, ушиб головного мозга.

Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ).

Лечение консервативное.

5. Больной А., 67 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 4 часа после травмы (падение на затылок). При поступлении: сознание угнетено до глубокого оглушения, движения в конечностях сохранены, сухожильные рефлексы повышены справа, выраженный менингеальный синдром, двусторонние патологические стопные знаки,

периферический паралич левого лицевого нерва. Объективно: подапневротическая гематома затылочной области, отогемоликворея слева.

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

**Ответ:** Открытая проникающая травма черепа с переломом костей основания в средней черепной ямке, отоликворея, ушиб головного мозга.

Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ). Лечение консервативное.

6. У больного два дня назад была травма головы. Жалуется на головную боль, тошноту, боль при повороте глазных яблок, светобоязнь. В неврологической симптоматике превалирует менингеальный синдром. Выполнено ликворологическое исследование. Давление ликвора 210 мм вод.ст. Визуально ликвор розовой окраски, непрозрачный. В анализе ликвора: проба Панди (-); проба Нонне-Апельта (+ +); сахар 45 мг%; хлориды - 720 мг%; белок - 0,3 промиллей; цитоз - 4/3 кл/мкл; эритроциты - 5500 кл. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

**Ответ:** Закрытая травма черепа, ушиб головного мозга, субарахноидальная геморрагия.

Рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга.

Лечение консервативное, повторные люмбальные пункции.

Пострадавший нырнул на мелководье, ударившись головой о дно. Почувствовал резкую боль в позвоночнике и отсутствие активных движений в руках и ногах. Нарушилась чувствительность с уровня надплечий. Какой уровень травмы позвоночника и спинного мозга имеет место у пострадавшего? Способы транспортировки. План обследования.

**Ответ:** Травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга. Имобилизация с помощью транспортной шины ЦИТО или воротника Шанца. Рентгенография шейного отдела позвоночника, люмбальная пункция с пробами на проходимость, КТ (МРТ) шейного отдела позвоночника и спинного мозга.

7. Пострадавший упал с высоты 2 этажа на ноги. Почувствовал резкую боль в позвоночнике и отсутствие активных движений в ногах. Руки интактны. Чувствительность нарушилась с уровня паховых складок. Какой уровень травмы позвоночника и спинного мозга имеет место у пострадавшего? Способы транспортировки. План обследования.

**Ответ:** Травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Транспортировка на шите.

Рентгенография грудного отдела позвоночника, люмбальная пункция с пробами на проходимость, КТ (МРТ) грудного отдела позвоночника и спинного мозга.

**Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания**

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

**Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки**

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
<p>Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений.</p> <p>Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке</p>	<p>Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>

### Критерии оценивания форм контроля.

#### Критерии оценивания при зачёте:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
зачтено	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	логичность и последовательность ответа
не зачтено	недостаточное знание изучаемой предметной области, неудовлетворительное раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	слабые навыки анализа явлений, процессов, событий, неумение давать аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны	отсутствие логичности и последовательности ответа

#### Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов	умение объяснять сущность, явлений,	логичность и последовательность

	изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

**Шкала оценивания тестового контроля:**

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно



**Ситуационных задач:**

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

**Навыков:**

Отметка	Дескрипторы		
	системность теоретических знаний	знания методики выполнения практических навыков	выполнение практических умений
отлично	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	устойчивые знания методики выполнения практических навыков	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений

хорошо	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д., допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	устойчивые знания методики выполнения практических навыков; допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений
удовлетворительно	удовлетворительные теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	знания основных положений методики выполнения практических навыков	самостоятельность выполнения практических навыков и умений, но допускаются некоторые ошибки, которые исправляются с помощью преподавателя
неудовлетворительно	низкий уровень знаний о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д. и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки	низкий уровень знаний методики выполнения практических навыков	невозможность самостоятельного выполнения навыка или умения

**Презентации/доклада:**

Отметка	Дескрипторы			
	Раскрытие проблемы	Представление	Оформление	Ответы на вопросы
Отлично	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы обоснованы.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.	Широко использованы информационные технологии. Отсутствуют ошибки в представляемой информации.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и/или пояснений.
Хорошо	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения	Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано	Использованы информационные технологии. Не более 2 ошибок в	Ответы на вопросы полные и/или частично полные

	дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	более 2 профессиональных терминов.	представляемой информации	
Удовлетворительно	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	Представляемая информация не систематизирована и/или не последовательна. Использован 1-2 профессиональный термин.	Использованы информационные технологии частично. 3-4 ошибки в представляемой информации.	Только ответы на элементарные вопросы.
Неудовлетворительно	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы.	Представляемая информация логически не связана. Не использованы	Не использованы информационные технологии. Больше 4 ошибок	Нет ответов на вопросы.

ФОРМА БИЛЕТА ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА  
(СОБЕСЕДОВАНИЕ)

УТВЕРЖДАЮ

РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

БИЛЕТ № 1

1. Микрохирургическая анатомия кавернозного синуса.
2. Зрительный анализатор. Семиотика поражения.
3. Классификация глиальных опухолей головного мозга (ВОЗ 2007).

**Ситуационная задача**

Пациентка У., 62 лет предъявляет жалобы на постоянную головную боль преимущественно в теменной области слева в течении 2х лет, периодически возникающие ощущения «ползания мурашек» в правой руке, с частотой 2 раза в месяц, длительностью до 2 минут. Объективно: в неврологическом статусе- ЧМН- без патологии, мышечная сила в верхних нижних конечностях - 5 баллов. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей D>S, с нижних конечностей D=S.  
Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ №2**

1. Топографическая анатомия тройничного нерва.
2. Виды расстройств чувствительности.
3. Лечение глиальных опухолей высокой степени злокачественности.

**Ситуационная задача**

Пациентка Ж., 55 лет предъявляет жалобы на остро возникшую головную боль, диффузного характера, сопровождающаяся тошнотой и однократной рвотой. Пациентка доставлена по скорой медицинской помощи, в стационар через 3 дня после возникшего приступа головной боли. Объективно: Парез мимической мускулатуры справа по центральному типу, девиация языка вправо, астереогноз правой руки. Правосторонний гемипарез. Мышечная сила – 4 балла. Положительный симптом Бабинского справа. Сформулируйте предварительный диагноз. Топический диагноз. План обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

25.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

БИЛЕТ №3

1. Микрохирургическая анатомия задней мозговой артерии.
2. Семиотика поражения глазодвигательного нерва.
3. Глиальные опухоли низкой степени злокачественности. Тактика лечения.

**Ситуационная задача**

Больная З., 46 лет, на фоне полного здоровья, постепенно в течение двух лет, стала замечать слабость в дистальных отделах левой ноги. Из анамнеза заболевания известно, что периодически беспокоит боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Неоднократно принимала курс лечения по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника без значимого эффекта. В течение последнего месяца пациентка обращает внимание на нарастание степени слабости левой ноги. По месту жительства выполнена МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника без значимых изменений. При поступлении в неврологическом статусе: ЧМН – без патологии, проба Барре положительная слева, мышечная сила в верхних конечностях – 5 баллов, в нижних конечностях – справа 5 баллов, слева – 4 балла; сухожильные рефлексы с нижних и верхних конечностей S>D; положительный симптом Бабинского слева. Сформулируйте предварительный диагноз, тактику обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

25.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ № 4**

1. Микрохирургическая анатомия передней мозговой артерии.
2. Семиотика поражения лобной доли.
3. Менингиома петроклиивальной локализации. Определение, клиника картина, хирургическая тактика.

**Ситуационная задача**

Пациентка Н, 50 лет, предъявляет жалобы на приступообразную боль стреляющего характера, в левой половине лица в течение пяти лет. Из анамнеза известно, что пациент принимает карбамазепин 200мг 3 раза в день, с временным положительным эффектом. Объективно: гипестезия в зоне иннервации II, III ветви тройничного нерва, прозопарез слева по шкале Хауса-Бракмана 1 балл. Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей  $D \geq S$ , патологических стопных и менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный диагноз, тактику обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

---

25.08.2018г.

ТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ № 5**

1. Микрохирургическая анатомия средней мозговой артерии.
2. Семиотика поражения срединного нерва.
3. Опухоль четвертого желудочка. Клиническая картина, тактика лечения.

**Ситуационная задача**

Пациент К., 50 лет, предъявляет жалобы на ощущение шума в правом ухе в течение одного года. Неоднократно получал лечение по поводу остеохондроза шейного отдела позвоночника без значимого эффекта. При поступлении: язык по средней линии, расстройства чувствительности на лице не выявлено, мимическая реакция симметричная, утрата вкусовой чувствительности на передние 2/3 языка справа. Сухожильные рефлексы D=S. Мышечная сила 5 баллов. Патологических и менингеальных знаков не обнаружено. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.



УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ № 6**

1. Микрохирургическая анатомия внутренней сонной артерии.
2. Семиотика поражения локтевого нерва.
3. Классификация парасагиттальных менингиом.

**Ситуационная задача**

Пациентка Н., 25 лет, предъявляет жалобы на ощущение слабости в нижних конечностях и нарушения мочеиспускания. Из анамнеза известно, что в течение года присутствовало ощущение слабости правой ноги, на которое не обратила внимание. Пациентка отмечает присоединение слабости в левой ноге, стала замечать появление шаткости при ходьбе, затруднение передвижения в темноте. Объективно: ЧН – без патологии, мышечная сила в верхних конечностях – 5 баллов, в нижних конечностях – 4 балла, сухожильные рефлексы с верхних конечностей D=S, с нижних конечностей - D>S. Расстройство чувствительности по проводниковому типу с уровня T7. Мышечная сила не изменена. Положительный симптом Бабинского с двух сторон. Менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный диагноз, план обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ №7**

1. Микрохирургическая анатомия верхней мозжечковой артерии.
2. Бульбарный и псевдобульбарный синдром. Определение, клинические признаки.
3. Клиническая картина опухолей головного мозга.

**Ситуационная задача**

Пациентка, 42 года, предъявляет жалобы на периодическое ощущение неприятного запаха с частотой до двух раз в неделю. Из анамнеза известно, что пациентка два года назад попала в ДТП. Объективно: ЧН- без патологии, сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей D=S, мышечная сила не изменена, патологических стопных рефлексов и менингеальных знаков не выявлено. Сформулируйте предварительный диагноз, топический диагноз, план обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

БИЛЕТ №8

1. Топографическая анатомия ствола головного мозга.
2. Виды нарушения речи. Определение.
3. Типы течения опухолей головного мозга.

**Ситуационная задача**

Пациент Р, 60 лет, со слов жены в течение полугода отмечается нарушение походки. Из анамнеза известно, что присутствовали эпизоды неадекватного поведения («плоские шутки», дурашливость). Объективно: двухсторонняя аносмия, снижение остроты зрения на оба глаза; тетрапарез, мышечная сила в верхних и нижних конечностях – 4 балла, патологический симптом Бабинского положительный с двух сторон. Менингеальных знаков нет.

Сформулируйте предварительный диагноз, топический диагноз. Тактика ведения, план обследования

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ № 9**

1. Топографическая анатомия желудочковой системы головного мозга.
2. Апраксия. Определение и виды апраксии.
3. Невринома слухового нерва. Клинические стадии, тактика лечения.

**Ситуационная задача**

Пациент Д, 62 года, предъявляет жалобы на снижение зрения на правый глаз, головную боль диффузного характера, сопровождающуюся тошнотой, редкой рвотой. Объективно: экзофтальм справа, офтальмопарез справа, обоняние в норме. Мимическая реакция симметричная, язык по средней линии, сухожильные рефлексы в верхних и нижних конечностях S>D. Мышечная сила – 5 баллов, патологических стопных и менингеальных знаков нет.

Сформулируйте предварительный диагноз, типичический диагноз, план обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ №10**

1. Топографическая анатомия спинного мозга.
2. Сознание. Определение и виды расстройства сознания.
3. Ольфакторная менингиома. Определение, клиника, диагностика и тактика лечения.

**Ситуационная задача**

Пациентка В, 55 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в стационар с жалобами на остро возникшую слабость правой руки, головную боль диффузного характера, сопровождающуюся тошнотой и рвотой. Из анамнеза известно, что три года назад выполнена операция тотальная мастэктомия по поводу рака молочной железы. Объективно: в неврологическом статусе гипертензионный синдром, головная боль диффузного характера, тошнота, рвота, заторможенность сознания, слабость правой руки и ноги. ЧН – без патологии, правосторонний гемипарез, мышечная сила – 3 бала в правых конечностях, положительный симптом Бабинского справа. Менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ № 11**

1. Топографическая анатомия полушария головного мозга.
2. Агнозия. Определение и виды агнозии.
3. Классификация опухолей спинного мозга.

**Ситуационная задача**

Больная З., 47 лет предъявляет жалобы на снижение зрения на оба глаза, сужение полей зрения, затруднение передвижения в темноте, частые падения.

Объективно: в неврологическом статусе: ЧН – битемпоральная гемианопсия, снижение остроты зрения, различает пальцы с расстояния 0.5 метра. Мимическая реакция симметричная, язык по средней линии, сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей S=D. Мышечная сила – 5 баллов, патологических стопных и менингеальных знаков нет.

Сформулируйте предварительный клинически диагноз, топический диагноз, план обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

БИЛЕТ № 12

1. Топографическая анатомия гиппокампа.
2. Пирамидный путь. Определение, строение и семиотика поражения.
3. Аденома гипофиза. Клиника, диагностика и тактика лечения.

**Ситуационная задача**

Пациент Г., 22 года, предъявляет жалобы на частую икоту, рвоту при повороте головы вправо.

ЧН: глазодвижения в полном объеме, мелкоамблиопический горизонтальный нистагм при взгляде вправо, мимическая реакция симметричная, легкая девиация языка вправо.

Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ № 13**

1. Классификация и топографическая анатомия нервных волокон полушария головного мозга.
2. Семиотика поражения ствола головного мозга.
3. Менингиома крыльев основной кости. Клиническая картина, диагностика и хирургическая тактика.

**Ситуационная задача**

Пациентка Д., 45 лет, с жалобами на головную боль диффузного характера, тошноту, рвоту, головокружение, ощущение постоянной тупой боли в надбровной области справа, ощущение жжения и инородного тела в правом глазу. В неврологическом статусе: ЧН – глазодвижение в полном объеме, острота зрения в норме. Сухожильные рефлексы D=S, мышечная сила – 5 баллов. патологических стопных и менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.



УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ № 14**

1. Топографическая анатомия подъязычного нерва.
2. Семиотика поражения теменной доли.
3. Опухоли шишковидной железы. Клиническая картина, тактика лечения.

**Ситуационная задача**

Пациентка, Н., 37 лет, предъявляет жалобы на частые головные боли, частые эпизоды недержание мочи. Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят в течение пяти лет. Объективно: ЧН – без патологии, мышечная сила в верхних конечностях – 5 баллов, в нижних конечностях – 4 балла. Нижняя проба Барре положительная с двух сторон. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**УТВЕРЖДАЮ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ № 15**

1. Топографическая анатомия срединного нерва.
2. Семиотика поражения экстрапирамидной системы.
3. Опухоли мосто-мозжечкового угла. Клиническая картина, тактика хирургического лечения.

**Ситуационная задача**

Пациентка В., 48 лет, прооперирована по поводу менигиомы задней поверхности височной кости справа, на 7 сутки после операции пациент предъявлял жалобы на периодические выделения прозрачной жидкости из правой полости носа при наклоне головы.  
Ваше мнение о возникшем осложнении. Причина возникновения. Тактика ведения.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

БИЛЕТ № 16

1. Топографическая анатомия локтевого нерва.
2. Семиотика поражения внутренней капсулы.
3. Экстремедуллярные опухоли спинного мозга. Определение, клиническая картина, тактика лечения.

**Ситуационная задача**

Пациентка Д., 25 лет, предъявляет жалобы на головную боль преимущественно в лобной области, нарушение менструального цикла в течение двух лет. Периодически лечилась у гинеколога по месту жительства. В течение полугода отмечает снижение остроты зрения. Около недели возник острый приступ головной боли с тошнотой и рвотой, после которого имело место повышение температуры тела. Пациентка госпитализирована в инфекционное отделение. Объективно: ригидность задних шейных мышц, симптом Кернига и Брудзинского отрицательные. Пациентке выполнена люмбальная пункция, анализ ликвора: цвет прозрачный, ксантохромный, белок – 0.7 г/л, лимфоциты –  $5 \times 10^6$ . Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**УТВЕРЖДАЮ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ № 17**

1. Топографическая анатомия мозжечка.
2. Чувствительность, определение, классификация (клиническая, по локализации рецепторов, по филогенезу).
3. Интрамедуллярные опухоли спинного мозга. Определение, клиническая картина, тактика лечения.

**Ситуационная задача**

Пациентка, А., 32 лет, предъявляет жалобы на прогрессирующую слабость в правых конечностях. При поступлении объективно: ЧН – сходящееся косоглазие слева, прозопарез слева. по Шкале Хауса-Бракмана 3 балла. Сухожильные рефлексы D>S, положительный симптом Бабинского справа, в позе Ромберга неустойчива.

Сформулируйте предварительный клинически диагноз, топический диагноз, план обследования, тактика ведения.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

**Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**БИЛЕТ № 18**

1. Топографическая анатомия глазодвигательного нерва.
2. Семиотика поражения спинного мозга.
3. Опухоли теменной доли. Клиническая картина, тактика лечения.

**Ситуационная задача**

У пациентки Н., 42 года, прооперирована по поводу глиальной опухоли левой височной доли. В послеоперационном периоде пациентка была переведена в реанимационное отделение, была экстубирована, жалоб не предъявляет. При повторном осмотре через 30 минут отмечено резкое ухудшение уровня сознания, анизокария. Зрачки D>S. Пациентка команды не выполняет.

Ваше мнение о происходящем процессе, ваша тактика ведения пациента.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

УТВЕРЖДАЮ

РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

БИЛЕТ № 19

1. Топографическая анатомия венозных синусов.
2. Периферический тип расстройства чувствительности.
3. Опухоль кавернозного синуса, клиническая картина и тактика лечения.

**Ситуационная задача**

Пациентка Н., 35 лет, прооперирована по поводу удаления глиальной опухоли лобной доли премоторной зоны справа. Во время операции, после удаления опухоли, ложе заполнилось расправившейся отечной мозговой тканью. ТМО ушита наглухо, костный лоскут уложен и на место и зафиксирован. Пациентка после операции переведена в реанимационное отделение. При осмотре дежурным врачом: уровень сознания – оглушение II, зрачки D>S, нарастание степени гемипареза до плегии, положительный симптом Бабинского справа. Ваше мнение о происходящем процессе, ваша тактика ведения пациента.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018 г.

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

\_\_\_\_\_  
проректор по последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов

Промежуточная аттестация по программе  
ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия»

«\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_г.

**БИЛЕТ № 20**

1. Топографическая анатомия промежуточного мозга.
2. Спинальный тип расстройства чувствительности.
3. Опухоль конского хвоста, клиническая картина, диагностика и тактика лечения.

**Ситуационная задача**

Пациентка К., 45 лет, предъявляет жалобы на слабость левой ноги. Из анамнеза известно, что беспокоит боль постоянного характера по передней поверхности левого бедра. Неоднократно лечилась по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника без значимого положительного эффекта. В течение последних трех месяцев присоединилась слабость левой ноги. Объективно: гипестезия в зоне иннервации L4 дерматома слева. Отрицательные симптомы натяжения. Сухожильные рефлексы с верхних D=S, с нижних конечностей коленные рефлексы D>S, ахиллов рефлекс D=S. Ваше мнение о происходящем процессе, ваша тактика ведения пациента.

Руководитель ОПОП, д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

Балязин В.А.

26.08.2018г.

